Theset

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1911

POR

Paulo Moreira de Queiroz

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

Filho legitimo de Paulo Ribeiro de Queiroz e D. Joviniana Moreira de Queiroz

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

Das variedades lacrymal e salivar na molestia de Mikulicz

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso Medico Cirurgico

BAHIA
Typographia de S. Joaquim
Rua do Arsenal de Guerra.
1911

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR — DR. AUGUSTO C. VIANNA.

VICE-DIRECTOR —

SECRETARIO — DR. ALEXANDRE R. MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

Professores Ordinarios

Drs.:

Manuel Augusto Pirajá da Silva . Historia Natural Medica.
Pedro da Luz Carrascosa . . . . . Physica Medica.
José Olympio de Azevedo . . . . Chimica Medica.
Antonio Pacifico Pereira . . . . . Anatomia Microscopica.
José Carneiro de Campos. . . . . . Anatomia Descriptiva.
Manuel José de Araujo . . . . . Physiologia.
Augusto C. Vianna . . . . Microbiologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello . . . . Anatomia e Histologia Pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior Anatomia Medico-Cirurgica com Operações e Apparelhos.
Anizio Circundes de Carvalho . . Clinica Medica.
Francisco Braulio Pereira. . . . . Clinica Medica.
João Americo Garcez Fróes . . . Clinica Medica.
Antonio Pacheco Mendes. . . . . Clinica Cirurgica.
Braz Hermenegildo do Amaral . . Clinica Cirurgica.
Carlos Freitas. . . . . Clinica Cirurgica.
Francisco dos Santos Pereira . . . Clinica Ophtalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes. . . Clinica Oto-Rhino Laryngologica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira Clinica Dermatologica e Syphiligraphica.
Gonçalo M. Sodré de Aragão . . . Pathologia Geral.
José Eduardo F. de Carvalho Filho Therapeutica.
Frederico de Castro Rebello . . . Clinica Pedriatica Medica com Hygiene Infantil.
Alfredo Ferreira de Magalhães. . . Clinica Pediatrica Cirurgica com Orthopedia
Luiz Anselmo da Fonseca . . . . Hygiene.
Josino Correia Cotias . . . . Medicina Legal e Toxicologia.
Climerio Cardoso de Oliveira. . . Clinica Obstetrica.
José Adeodato de Sousa . . . . . . Clinica Gynecologica.
Luiz Pinto de Carvalho. . . . . . Clinica Psychiatrica e Molestias Nervosas.
Aurelio R. Vianna . . . . Pathologia Medica.
Antonino Baptista dos Anjos . . . Pathologia Cirurgica.

Professores Extraordinarios Effectivos

Drs.:

Egas Muniz Barretto de Aragão. . Historia Natural Medica.
João Martins da Silva. . . . . Physica Medica.
Pedro Luiz Celestino . . . . Chimica Medica
Adriano dos Reis Gordilho . . . . . Anatomia Microscopica.
José Affonso de Carvalho . . . . . Anatomia Descriptiva.
Joaquim Climerio Dantas Bião. . . Physiologia.
Augusto de Couto Maia. . . . . . . Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa . . . Pharmacologia.
Julio Sergio Palma . . . . Anatomia e Histologia Pathologica.
Eduardo Diniz Gonçalves. . . . . . Anatomia Medico Cirurgica com Operações e Apparelhos.
Clementino da Rocha Fraga. . . Clinica Medica.
Caio O. Ferreira de Moura . . . . Clinica Cirurgica.
Clodoaldo de Andrade. . . . . . . Clinica Ophtalmologica.
Albino Arthur da Silva Leitão . . Clinica Syphiligraphica e Dermatologica.
Antonio do Prado Valladares. . . . Pathologia Geral.
Frederico de Castro Rebello Koch. Therapeutica.
José de Aguiar Costa Pinto. . . . . Hygiene.
Oscar Freire de Carvalho . . . . . Medicina Legal.
Menandro dos Reis Meirelles Filho. Clinica Obstetrica.
Mario Carvalho da Silva Leal . . . Clinica Psychiatrica e Molestias Nervosas.
Antonio do Amaral Ferrão Muniz . Clinica Analytica e Industrial.

Professores em Disponibilidade

Drs.:

Sebastião Cardoso . . . .
José E. de Castro Cerqueira . . . .
Deocleciano Ramos . . . .
José Rodrigues da Costa Doria.

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exharadas nas theses pelos seus auctores.

Antes

Apparecida á luz da pathologïa em 1892, é ainda a molestia de Mikulicz bem obscura em sua ethiopathogenezia.

Affecção de data bem recente ainda, della não se tem podido fazer um estudo completo, attendendo a raridade dos casos e escassez das observações.

Foi a leitura de um trabalho ultimamente publicado em Paris e a de alguns artigos esparsos em revistas extrangeiras que nos despertou a ideia para della nos occuparmos, tanto mais quanto não deixará de ser para nós assumpto interessante caso tenhamos de registal-a um dia em nosso meio.

Assim, e sem a pretensão de um trabalho completo e perfeito, mas comprindo a lei, fazemol-o ao nivel de nossas forças, baseado em observações de auctores, á cuja guarda nos collocamos respeitosos.

O AUCTOR.

Dissertação

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

Das variedades lacrymal e salivar na molestia de Mikulicz

CAPITULO I

Historico, Etio-pathogenia, Anatomia pathologica

DAS hypertrophias das glandulas lacrymaes, hypertrophias chronicas, limitadas geralmente a um só lado, já muito antes de Mikulicz, varios auctores haviam tratado com proveito e estudo.

Casos symetricos que appareciam eram em geral, classificados entre as leucemias ou lymphadenomas, como pensavam Arnol e Becker, Lelier e outros.

Excepcionalmente, Power, em 1886, assignalou um caso de entumescimento das glandulas lacrymaes. Feita a extirpação da glandula esquerda e levada em preparações ao campo do microscopio este revelou uma hypertrophia do tecido conjunctivo inter-acinoso.

No mesmo anno, Froost chamava áttenção para um outro caso de tumefacção chronica de ambas as glandulas lacrymaes. Os oculistas, então, voltaram sua attenção para o caso interessante, não attribuindo, porém, nenhum d'elles, haver relações de entumescimento concumitante das glandulas salivares.

Foi Mikulicz, de olhar educado e investigador, quem teve a honra de ver essa associação, consi-

derando-a uma entidade morbida; e, em 1888, apresentava elle um homem de 42 annos, attingido de tumores multiplos que interessavam principalmente as glandulas lacrymaes e salivares.

Halsenhoff, em 1889, assignalou um caso egual, e Fuchs em 1891, um outro semelhante.

Mas, foi somente Mikulicz, em 1892, quem descreveu esta affecção, constituindo-a uma molestia a parte, separavel dos tumores lymphadenicos e dos lympho-sarcomas das glandulas lacrymaes e salivares.

A attenção do mundo medico, então, se voltara sobre a nova molestia, e casos foram se succedendo como provam observações de Debierre (Revue Generale de ophtalmologie, Octobre, 1893), de Snell (In Lancet, 1.º de Julho de 1893) e Jayle (Presse medicale, 1894), este ultimo se referindo a um caso incompleto da molestia de Mikulicz.

Kümmel, em 1897, diz o Dr. Saussol em seu trabalho, recentemente publicado em Paris, que estudando elle esta molestia se refere a alguns casos, com seis observações pessoaes, sendo quatro limitadas as glandulas salivares dentro do quadro de suas formas incompletas.

Esta affecção é admittida como syndromo, sendo a sua pathogenia vivamente discutida, e varias são as opiniões a medida que cada vez mais se discute; não deixando sempre de existir confusão entre os tumores lymphadenicos das glandulas salivares e sua hypertrophia.

Estudos foram feitos pelo Dr. Cheincsse em 1905,

apresentados á Sociedade Medica de Vienna, onde foram discutidos; e nesse mesmo anno, Van Duyse, de Gand, tentou esclarecer a sua pathogenia sem, porém, ter chegado ao desejado fim.

É com este louvavel intuito que tendem auctores na Allemanha, já tendo Fleicher publicado ultimamente um artigo sobre as relações da molestia de Mikulicz com a tuberculose e a pseudo-leucemia.

Etio-pathogenia

Pela escassez das observações e falta de clareza nos seus antecedentes, bem esteril se torna o terreno ethiologico da molestia de Mikulicz; e por ser uma molestia rara, raras se tornam as suas observações. Dos casos que surgem, para cuja confirmação faz-se myster estudo perfeito e criterio do observador, preciso é excluir-se casos de verdadeira e falsa leucemia; casos de tuberculose e syphilis que com ella tem-se confundido.

É da observação de M. M. Souques et Chenet a importante nota etiologica seguinte: algumas vezes a molestia de Mikulicz pode remontar ao nascimento, pode ser congenita. A edade de começo desta affecção parece ser a infancia, embora já se tenha visto certos casos tendo começo na edade adulta.

Pode ser hereditaria como em um caso citado por Kùlbs: em que o pae, cinco irmãos, duas irmãs e dois pequenos, todos filhos d'aquelle, apresentavam tumefacção das duas parotidas. Objectava

Souques, tratar-se ahi de uma parotidite; grande probabilidade, porém, havia, em dadas as formas salivares do syndromo de Mikulicz, de que esta parotidite estivesse intimamente ligada a elle.

* *

Sobre a pathogenia desta affecção, si se trata de uma entidade morbida bem determinada, as opiniões se chocam divididas, podendo-se, em summa, apanhando-as em grupo, dividil-as em dois: um terçando armas por sua existencia propria, d'ella fazendo uma affecção localisada e a cuja frente se acha o professor Mikulicz; o outro, admittindo-a como um symptoma especial de uma molestia geral que evolue morosa, seguindo o seu curso. Os primeiros consideram-na uma enfermidade nova, inteiramente aparte de qualquer estado morbido geral, dizendo ser uma infecção que attingindo primeiro a conjunctiva da palpebra, passa as glandulas lacrymaes, depois as glandulas salivares, donde se propaga a bocca por intermedio dos canaes lacrymaes e do rhino-pharinge.

Argumentos vem em paternidade desta theoria, como bem procurou demonstrar Tondeur (contribution á l'étude des tumeurs de la glande lacrymale In These Lyon — 1894); particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento commum das glandulas lacrymaes e salivares.

O que parece, porém, mais vir em favor da causa

de Mikulicz, diz o Dr. Saussol, é a existencia de lesões mais ou menos accentuadas das mucosas visinhas ás glandulas doentes, lesões da conjunctiva, casos observados pelo proprio Mikulicz.

Baas cita um caso que vem em auxilio desta ideia. Tinha um doente que ligava o apparecimento desta affecção á manipulação de um oleo já velho e mui rançoso, do qual se servia para lubrificação das peças das machinas com que trabalhava, coexistindo com isto uma irite nodular.

Para os do outro grupo, não é a molestia de Mikulicz sinão um symptoma de uma molestia geral: lymphadenia, leucemia ou aleucemia, syphilis ou tuberculose.

Van Duyse (Revue de Ophtalmologie — 1905) depois de longo estudo o conclue pela identidade da molestia de Mikulicz se baseando em uma observação pessoal. Fleicher, In Monastbl, für Augenheilk— 1910) faz-se tambem defensor desta affecção, apresentando quatro observações suas.

Anatomia pathologica

Bem devia a anatomia pathologica já nos ter garantido a causa dessa affecção; infelizmente, porém, apesar de louvaveis tentativas e consideraveis esforços para a posse da chave dêsse mysterio, nada se tem conseguido ainda que fizesse luz clara sobre a sua causa.

Em principio julgou-se attingida a méta desejada, não sendo, porem, satisfactorios os resultados obtidos.

Estudos foram feitos após a morte de doentes d'ella accomettidos, nas glandulas affectadas, só se encontrando proliferação do tecido lymphoide com tendencia ao entumecimento do tecido glandular, provocando a cyrrhose das glandulas salivares e lacrymaes. Nada ha pois de caracteristico; são as mesmas lesões notadas na hyperplasia bem conhecida que se produz no apparelho lymphatico do pharynge.

Ouçamos o professor Kümel a respeito do exame pathologico que procedeu em uma glandula no caso da molestia em vista, e de forma incompleta.

«Microscopiquement, consistance presque normale. Il est facile de reconnaître les lobules glandulaires qui par place paraissent transformés en une substance plus ou moins homogène, rouge jaunâtre.

Des fragments ont été fixés dans différents liquides fixateurs pour l'examen microscopique. Les pièces fixées an Müller—formol et coloriées dans le mélange Biondi ont donné les meilleurs résultats.

Toute la masse de la glande paraît constituée par du tissu lymphoïde qui semble très pauvre en tissu conjonctif.

Les fibres conjonctives particulièrement dans le voisinage des vaisseaux forment en s'amincissant un réseau dont les mailles deviennent de plus en plus fines; an fur et á mesure que les fibres s'amincissent, apparaissent des masses de cellules rondes de plus en plus compactes, constituant des noeuds fortement colorés, appliqués au niveau de l'intersection de ces fibres.

Les deux tissus fibrillaire et cellulaire se confondent sans limite bien apparente ; les fibres conjonctives se distinguent nettement par leur aspect jaunâtre et se colorent en rouge par le Biondi—Haidenhain; l'éosine les colore en jaune rougeâtre.

Parmi les cellules on distingue surtout des lymphocytes à gros noyaux et à mince bordure protoplasmique ; les noyaux se colorent en bleuvert et dans les parties où les cellules sont agglomérées, ils sont seuls apparents.

Au voisinage des vaisseaux où les fibres conjunctives sont plus abondantes, la bordure protoplasmique est plus nette, on y trouve dehors des lymphocytes une très grande quantité de leucocytes polynucliaires á noyaux très fortement colorés en vert, quelques leucocytes mononucléaires (macrophages) á large bordure protoplasmique et á noyau faiblement coloré en bleu. A côté de ces cellules, on trouve des masses protoplasmiques á aspect uni, dans les quelles on trouve exceptionnellement plusieurs noyaux se colorant en vert clair.

Ceux-ci tantôt se groupent sur une seule ligne, tantôt vont á la périphérie des cellules, rappelant ainsi les cellules géantes.

Ces cellules sont en générale très rares, quelquefois on en trouve au voisinage des vaisseaux. Lá oú ilya plusieurs de ces cellules, on trouve quelquefois des cellules éosinophiles, mais en nombre toujours limité.

Les vaisseaux montrent quelquefois au niveau

des petites artérioles et veinules une modification hyaline de leur paroi qui est analogue á celle du tissu conjonctif dont nous venons de parler. Les cellules endothéliales sont colorées en bleu vert et paraissent par place tumeficés. Dans quelques coupes seulement, j'ai rencontré la disposition suivante; ces cellules rondes paraissent cintrées par um corps de couleur plus ou moins irrégulier, d'aspect muqueux, constitué par un amas de cellules cylindriques á limites confuses, á noyaux pen distincts et se colorant mal par le Biondi—Haidenhain.

Nous croyns qu'il s'agit d'un conduit excréteur ou d'un acinus glandulaire».

No exame histologico que Külbs procedeu, conforme sua observação, nas glandulas parotidas, submaxillares, lacrymaes, em um grande numero de ganglios lymphaticos, o exame hystologico do baço e dos testiculos, notou elle que só as glandulas que são attingidas dessa affecção, a molestia de Mikulicz, somente ellas revelavam uma infiltração diffusa dos lymphocytos com degenerescencia do epythélio, formação de cellulas pseudo-gigantes e desenvolvimento do tecido conjunctivo.

Todo esse aspecto histologico observado por differentes auctores, lembra antes o da lymphadenia com a leucemia, razão porque, Haltenhoff quer que estas duas affecções sejam as mesmas, no que não podemos concordar confiados no parecer do Dr. Saussol a respeito: que na molestia de Mikulicz o processo morbido fica estrictamente localisado nas glandulas

lacrymaes e salivares, não se acompanhando de hypertrophia ganglionar, nem perturbações geraes; emquanto que, na leucemia, o entumescimento das glandulas em questão constitue uma das manifestações de um estado morbido complexo e generalisado, que se traduz por adénopathias multiplas e por toda uma serie de desordens mais ou menos graves.

CAPITULO II

Estudo clinico

DIVIDIREMOS, para facilidade de nossa exposição, o estudo clinico da molestia de Mikulicz em duas partes. Em uma trataremos de sua forma normal, em outra de suas formas incompletas.

Como quer o professor Mikulicz, esta affecção apparece nos individuos moços, de 20 a 30 annos, e geralmente começa por uma tumefacção das palpebras superiores.

Notando o doente este entumescimento da parte supero-externa de suas palpebras superiores, hypertrophia que vae se fazendo pouco a pouco a ponto de impressional-o, elle procura, sem mais tardar, um medico oculista a se consultar.

Chega a termo esta entumescencia de, no seu maximo de desenvolvimento, alterar a physionomia do doente, emprestando-lhe um aspecto todo especial.

A fenda palpebral diminue em sua altura pelo augmento manifesto do bordo externo da palpebra superior, e esta, pelo peso e distensão causados pela hypertrophia, tende a cobrir o globo ocular na sua maior parte.

O tumor attinge, mais ou menos, o volume de uma amendoa, se manifesta completamente indolor e de consistencia endurecida pela apalpação.

Nenhuma modificação é observada nas funcções do olho, e nem paralysias dos musculos motores; apenas, um veixame devido ao estreitamento da fenda palpebral.

O começo da molestia, ao contrario, pode-se dar pelas glandulas salivares como ha casos citados por Tietze, Cutley e J. de Jong.

Quer o começo se dê pelas glandulas lacrymaes, quer pelas salivares, certo é que, em pouco tempo, ambas as variedades se acham affectadas tal a sympathia entre se existente, e no fim de poucos mezes, a molestia é chegada ao seu periodo de estado.

As regiões parotidianas depois as sub-maxillares se hypertrophiam tambem.

Diz o Dr. Saussol que se fica completamente surprehendido, desde que o doente se apresenta, com a sua physionomia toda especial, e tão especial e esquisita que ninguem mais della se esquecerá, vendo-a pela primeira vez.

Os olhos quasi cobertos pelas augmentadas palpebras superiores; crescidas as duas regiões parotidianas e a face enlarguecida, tornando-se já quadrada, pelo desenvolvimento das duas glandulas sub-maxilares.

É tão interessante e singular esse facies que traz á ideia, como disse o Dr. Saussol, uma cabeça de batrachio, sem que haja nisto exagero de comparação.

Nem é só o que a inspecção nos pode dar como ensinamento; ainda os signaes da pelle, cuja superficie, de tão lisa e bem distendida, desfaz as proprias pregas normaes do rosto.

Hypertrophia das glandulas sub-linguaes se observa ainda si se manda abrir a bocca ao doente, ás vezes até, augmento de volume das glandulas palatinas, como allegam o professor Mikulicz e Tietze, etc.

É a apalpação, talvez, o meio mais importante para o diagnostico; por ella vamos bem avaliar do volume da glandula affectada, que não deverá exceder ao duplo do seu volume no estado normal; podendo, entretanto, haver desegualdade das glandulas, de um e outro lado, estabelecendo-se notavel asymetria.

Um outro excellente signal de diagnostico se encontra na mobilidade, no deslise que conserva a pelle ou a mucosa, sobre os planos profundos, sobre a propria glandula, o que prova não se achar invadida a capsula que a contem.

O tumor é de dura consistencia, e si se revela molle algumas vezes, não dá nunca a ideia de uma fluctuação.

O doente não se mostra queixoso pelo apalpamento desses tumores o que attesta frisantemente a insensibilidade dos mesmos.

Pela apalpação do pescoço, nenhuma cadeia ganglionar deve se revelar ou alguma adenite concumitante, cuja presença importaria em disvirtua-

mento do diagnostico para a molestia de Mikulicz, que, como vemos, tem excellentes dados para sua clareza e affirmativa.

Em caso de uma adenite encontrada ou coisa que a se prendesse, não se trataria mais da molestia que nos occupa, mas, de uma leucemia, de cujo exame do sangue, certo, teriamos confirmação. Da mesma maneira para as outras regiões ganglionares, como a cavidade axillar e região inguinal.

* * *

Varias são as perturbações funcionaes que trazem as glandulas em causa, não só mechanica mas physiologicamente, como pretendeu mostrar o Dr. Snell.

É assim que, pelo exaggerado volume, das glandulas salivares no acto mechanico da mastigação, por exemplo, o portador da molestia sente um certo vexame que algo o incommoda; de outro lado, é o augmento exaggerado daquella porção da palpebra superior que, pelo ser tanto, faz sentir ao doente difficuldade e veixame em abrir os olhos para perfeita visão, tal é o peso da palpebra, e cujo volume até, alem de veixatorio, naturalmente actuará premindo a porção anterior do globo ocular.

O doente tem necessidade, portanto, para melhor adaptação visual, de inclinar um pouco para traz a cabeça, de maneira a melhorar aquelle estado da visão pela estreitada fenda palpebral.

Como provas de perturbações funccionaes physiologicas, podemos nos valer das apontadas pelo

professor Snell: seccura particular da bocca e da lingua por insufficiencia da secrecção salivar; conjunctivites tendo por causa a suppressão das secrecções glandulares.

O estado geral do doente é o melhor possivel, facto que é assignalado por todos os auctores que se occupam do mal em vista.

Diz o professor Leiniss que a integridade do meio sanguineo, como a do systema lymphatico, apresenta uma importancia capital no ponto de vista da indentidade da affecção que nos occupa; pois, é essa integridade, precisamente, um caracter que permitte se affirmar a autonomia da molestia de Mikulicz, differenciando-a dos casos de tumefacção leucemica das glandulas lacrymaes e salivares, associadas a adenopathias ganglionares.

Um facto que não deixa de ter o seu effeito benefico para o espirito do doente, já aterrorisado pelo aspecto do seu rosto, e ao mesmo tempo que constitue um elemento a mais para o diagnostico, é a falta absoluta desse estado morbido, caracterisado pela acceleração do pulso e augmento de temperatura que lhe traria, alem da má impressão, um incommodo geral e perturbações de funcções diversas, a febre, do que ha falta absoluta na molestia de Mikulicz.

É, portanto, esta molestia de uma benignidade extrema.

Os tumores glandulares como já vimos, crescem até o momento em que attingem o duplo do seu volume normal, não augmentando mais depois dahi.

Sob a influencia do tratamento, ainda que se trate de molestias febris intercurrentes, como peritonite, pneumonia, erysipela, vê-se diminuição dos tumores até desapparecimento por completo dos mesmos. Si persistem, porém, até a morte do doente por qualquer daquellas enfermidades, não lhe são nocivos sob o ponto de vista funccional.

Só o incommodo moral poderá advir, por sua persistencia, trazendo-lhe constante deformidade ao rosto, a ponto de procurar um cyrurgião para ablação dos mesmos quando uma medificação não poude desembaraçal-o dessa hypertrophia.

Assim descripta a molestia de que nos occupamos em sua forma commum, bem notavel pela symetria de sua affecção e benignidade de seu curso, não mais insistiremos sobre essa forma, cujo estudo clinico e diagnostico, como tivemos occasião de observar, não são difficeis de se fazer.

Estudemos agora as suas formas incompletas.

O professor Mikulicz suppõz que o começo dessa molestia só se fazia nas glandulas lacrymaes, podendo a affecção ahi se localisar, e dava como exemplo, casos observados por alguns auctores.

Deve-se, porém, admittir que a affecção se loca-

lisa, reciprocamente, nas glandulas salivares sem attingir as glandulas lacrymaes.

Descreveremos, portanto, duas variedades ou formas incompletas da molestia de Mikulicz, como bem observaram Souques et Chenét:

a forma lacrymal
e a forma salivar.

Appoiamos a forma lacrymal sobre observações publicadas por Arnold e Becker, Power, etc. Demais é uma variedade de decryoadenite chronica que não podia ter escapado aos ophtalmologistas, e temos visto, nos tratados de molestia de olhos, casos de dacryocystite dupla impossiveis de se ligar a affecção syphilitica, tuberculosa ou sanguinea, como, por exemplo, a leucemia.

Dizem aquelles auctores, á cuja guarda nos collocamos, que, anatomicamente, se encontra uma proliferação do tecido cellular, simulando uma inflammação chronica, o que leva a se ligar estas dacryoadenites chronicas a molestia de Mikulicz, sob formas incompletas que se completam, muitas vezes, em sua evolução, por uma hypertrophia das glandulas parotidas e sub-maxillares.

*

A outra forma incompleta da molestia de Mikulicz, a variedade salivar, é tão difficil de diagnostico quanto a primeira, a variedade lacrymal.

Diz o Dr. Saussol que Kümmel, em 1897, em

sua « Revista Geral » lembrava seis casos da molestia de que nos occupamos, casos de observação pessoal, e, entre elles, quatro limitados as glandulas salivares; pelo que, citamos uma destas observações a que chamava elle de interessante.

Tratava-se de uma senhora de 28 annos de edade, solteira, costureira, que se consultara em 10 de Julho de 1890 ao professor Mikulicz por estar com um entumescimento no rosto.

Inquerida nos seus antecedentes hereditarios nada respondeu que se ligasse ao caso.

Dos antecedentes pessoaes, disse que até aos oito annos de edade era bem disposta; depois do que, começou a observar um augmento gradual de volume da sub-maxillar esquerda, sem dor nem perturbação; tumor que foi extirpado em Abril de 1890 pelo cyrurgião V. Berquimann, dando-se a cura rapidamente.

Seis semanas depois da operação, a doente queixa-se de uma tumefacção da parotida direita o que desappareceu expontanea e gradualmente. Foi depois disto que se desenvolveram, no decorrer do anno, os tumores em derredor do maxillar inferior, e com os quaes apresentou-se ella para se consultar. Teve tosse alguns annos depois, principalmente quando se expunha ao frio e cuja tosse augmentou depois de 1894, epoca em que foi a doente attingida de uma grippe muito forte.

Durante a convalescença os tumores desappareceram sem deixar vestigio; se rebellando, porém,

algum tempo depois, reappareceram gradativamente, attingindo o volume que actualmente conservam.

A doente fôra accomettida de carie nos dentes, a ponto de perdel-os todos uns após outros, e o parecer do profissional, o cyrurgião dentista, que procurou tratal-os, foi que a qualidade da saliva tinha sido a causa determinante da queda de todos elles, por destruição do cemento dentario.

Hoje, a doente se acha bem forte, apenas com as duas tumefacções que apresenta, uma de cada lado, ao nivel das regiões parotidianas correspondentes, o que lhe dá um aspecto bizarro e caracteristico.

São os seguintes, e bem pronunciadamente os limites de cada região parotidiana tumefeita: para deante, a borda anterior do masseter; para baixo, o angulo da mandibula que excede ligeiramente; para traz, o bordo anterior do tragus e o lobulo da orelha.

De consistencia molle mas não fluctuante, tem aspecto liso e pelle normal.

Dois centimetros para deante do bordo antero-inferior deste tumor, um segundo se encontra, claramente isolado do primeiro, consistencia forte e tamanho de uma cereja, situado mais perto da mucosa que da pelle; está como enfechado na espessura da bochecha, simulando uma parotida accessoria. Um outro, immediatamente abaixo deste, se apresenta, mais claramente distincto, ligado a face intèrna do maxillar inferior, fazendo saliencia sob a mucosa e se extendendo proximo á visinhança dos incisivos.

Na bochecha esquerda, tumefacções, embora menos desenvolvidas, são notadas, faltando, porém, a parotida accessoria. A região sub-maxillar não é tumefeita, notando-se ahi uma cicatriz longitudinal, vestigio da operação a que se submettera a doente em 1890.

Todos estes tumores estavam livres de adherencias, não só por parte da pelle, mas, tambem das mucosas, e inteiramente indolores á pressão. Aberta a bocca do doente, notou-se a existencia de um tumor um tanto volumoso devido a tumefacção das glandulas sub-maxillar e sub-lingual, não sendo facil distinguil-as pela palpação.

Seus conductos se achavam abertos e facilmente catheterisaveis.

De cada lado do freio da lingua as glandulas de Blandin e Nûhu, augmentadas como pequenas hervilhas, levantavam ligeiramente a mucosa lingual.

As glandulas do paladar estavam tumefeitas e a sub-lingual esquerda augmentada como a direita. As glandulas lacrymaes se mantinham normaes. Para o lado dos ganglios lymphaticos nada havia de anormal.

O exame do sangue, procedido varias vezes, tambem nada revelou de anormal.

A 14 de Junho o professor Mikulicz fez ablação da sub-maxillar direita sob acção da cocaina, havendo pequena hemorrhagia e fazendo-se rapida a cura.

Foi dado ao doente um poção arsenical, sendo

este tratamento interrompido no fim de algum tempo, por estar sendo mal administrado.

Retirou-se a doente da clinica não mais se tendo noticia della.

Ranzi apresentou em 1905, á Sociedade de Medicina de Vienna, um outro caso interessante.

Era uma mulher attingida de uma tumefacção das duas glandulas parotidas, accusando seccura da bocca á dois annos e meio. As glandulas tumefeitas tinham irregulares a sua superficie e eram indolores.

Após a biopsia, o exame histologico revelou uma distensão dos acinis pelo tecido lymphatico.

Submettida a acção medicamentosa iodurctada, nenhum resultado foi colhido.

Embora a doente não fosse um typo semelhante ao precedente, não apresentasse entumescimento das outras glandulas, com tudo não trepidou o observador pelo que viu, em suspeitar tratar-se de uma molestia de Mikulicz.

*

Jayle, na Presse medical e de 1894, descreve quatro casos de hypertrophia das parotidas; um delles de origem provavelmente saturnina, porquanto o doente era typographo; dois dizem respeito a uma parotidite de origem tuberculosa, o outro, porém, não podia deixar de ser ligado a molestia de que nos occupamos.

Era um homem de 33 annos que, sem causa conhecida, fôra aos seus 13 annos surprehendido

por um entumescimento bilateral das regiões parotidianas.

A direita foi a primeira a se tumefazer, ficando a mais volumosa; a esquerda, porém, augmentou algumas semanas mais tarde, não sobrevindo, por nenhuma das duas, a menor inflammação.

O doente não soffria a menor dor e não se constatou pús no canal de Stenon.

Examinado o doente notou-se uma tumefacção molle e indolor, occupando toda a região da glandula parotida de que desenhava bem claro os seus contornos, sendo mais accentuada a direita.

As glandulas sub-maxillares se achavam manifestamente hypertrophiadas, e, no seu nivel, uma especie de edema; de consistencia egual por toda a superficie, que fez suppôr tratar-se de uma sub-maxillite.

O exame da bocca nada revelou de anormal e nenhuma hypertrophia ganglionar foi notada.

Aborrecido já por aquella defformidade o doente manifestou desejo de se desembaraçar da tumefacção, para o que foi feita uma incisão exploradora no nivel do bordo anterior da parotida direita.

Demonstrou a operação tratar-se de um tumor da parotida, cujo exame microscopico em um pequeno fragmento convenientemente retirado revelou estar a glandula perfeitamente normal.

Ficou portanto provado tratar-se de uma simples hypertrophia e não de uma inflammação chronica destas glandulas.

Observação esta, que fez crer a Jayle um caso incompleto da molestia de Mikulicz: hypertrophia simples das glandulas salivares sem hypertrophia ganglionar.

Outra observação, de Souques et Chenet, que deve entrar no quadro das precedentes:

Um velho de 85 annos, jardineiro, sem antecedente morbido hereditario ou adquirido, digno de nota. Em sua familia ninguem soffrera de affecção semelhante, embora filho unico e não ser pae.

Nunca soffreu de molestias venereas, ou intoxicação qualquer que alterasse suas glandulas salivares—como as produzidas pelo alcool, chumbo, etc.

Nunca fôra doente.

Não sabia bem dizer; sentia-se incapaz de claramente precisar do principio desta hypertrophia glandular; declarou, porém, ser de nascimento e sempre ter sido assim.

De maneira que havia difficuldade em se saber se esta affecção era congenita ou sobrevinda durante sua infancia ou adolescencia.

Citou que o seu barbeiro, quando lhe barbeava por toda sua mocidade, lhe chamava sempre a attenção para o augmento das regiões parotidianas.

Tumefacção esta bi-lateral, symetrica, e bem accentuada; pelle normal, os tumores moveis pela palpação, indolores e bem delimitados, persistentes e lobulados.

A hypertrophia attingia não só as parotidas, mas, ainda, as sub-maxillares, sendo estas ultimas

egualmente augmentadas, moveis, indolores, notavelmente menos pronunciadas que a das parotidas; podendo-se, porém, observal-as com clareza pela inspecção e apalpação.

As glandulas sub-linguaes se salientavam sob a lingua embora menos pronunciadamente.

Esta hypertrophia das glandulas salivares não era seguida de dor, de nenhuma perturbação funccional apreciavel nem veixame mechanico. As glandulas lacrymaes nada tinham de anormal.

O doente tinha uma cataracta e uma velha keratite montando já á uma quarentena de annos. Os ganglios eram normaes; o seu figado normal, o baço, como os testiculos.

Foi a seguinte a proporção em hemacias e leucocytos que o exame do sangue revelou:

Leucocytos	14.000
Hemacias	3.800.000

Foi este o equilibrio leucocytario:

Polynuccleares	80
Monunucleares	13
Lymphocytos	7
Eosinophylos	0

Coração normal, arterias pouco tensas.

Pulso a 92; urinas abundantes (2 a 3 litros por 24 horas), normaes em qualidade, não contendo assucar nem albumina.

Normaes o apparelho circulatorio e o systema nervoso.

Já para o fim desta affecção foi o doente accomettido de duas hematemeses com melena, com pequena differença em dias de uma para outra.

Se acha magro, cachetico, a tal ponto de se poder suspeitar, nelle, a existencia de um neoplasma latente, o que poderia explicar a hyperleucocytose acima descripta.

Como vimos, nesta observação, tudo diz bem com o syndromo da molestia de Mikulicz em sua forma incompleta, excepção daquella hyper-leucocytose que os auctores attribuem estar ligada a presença provavel de um cancro latente, attendendo a magreza do doente o que a molestia de Mikulicz por si não pode explicar.

Um outro caso observado no serviço clinico do professor Reclus, pelo Dr. Saussol:

Tratava-se de um doente que entrou no Hospital por uma ligeira contusão da coxa e não pela molestia de Mikulicz que até então ignorava soffrer.

Seu pae morrera de um ataque apopletico na edade de cicoenta e cinco annos, e sua mãe, de pneumonia, na edade de 63, deixando do casal 3 filhos e tendo tido 3 abortos. Não soube informar se seus paes eram syphiliticos. Seus irmãos são fortes. Foi durante a sua infancia accommettido de roseola e scarlatina; e, na edade de 18 annos, de uma ligeira febre typhica. Cumpriu o serviço militar obrigatorio.

Casado, na edade de 24 annos, teve deste enlace tres filhos que vivem e com robustez. Sua mulher não teve abortos, e é morta a 8 annos por uma

affecção bacillar. Disse beber bastante e fumar muito.

Nega ter tido syphilis. Quando entrou para o Hospital, feriu logo a attenção do observador a tumefação symetrica das duas regiões parotidianas que lhe davam muito particular aspecto.

Abaixo da orelha, entre o bordo anterior do sterno-cleido mastoidiano e o bordo posterior do ramo montante do maxillar inferior, via-se, de cada lado, um tumor achatado, molle, preenchendo por completo o sulco normal que ahi se nota e cujo nivel augmentou enlarguecendo a parte inferior da face do doente. Este não soube dizer, precisamente, a data em que começou esta affecção, affirmando, porém, tel-a a mais de quatro annos, tendo os tumores augmentado de volume com extrema lentidão.

A pelle, sã no seu nivel, de côr e aspecto normaes; não havendo nem circulação collateral nem adherencia com os planos profundos.

Pela apalpação revelou-se o tumor de consistencia molle e uniforme, não se encontrando, em toda a massa tumefeita, nucleo algum cuja consistencia parecesse superior a daquelle todo.

Não era lobulado. Indolor; e intacto se mostrava o nervo facial.

Os movimentos do maxillar inferior se faziam normalmente, sem que causa alguma mechanica o demovesse de suas funcções.

As glandulas sub-maxillares egual e consideravelmente augmentadas de volume, do tamanho de

um ovo de galinha, se deslocavam sob os dedos, comprovando, assim, a sua inadherencia com os tecidos visinhos, e eram inteiramente indolores á pressão. Conservavam a mesma consistencia de uma glandula sub-maxillar normal.

As glandulas sub-linguaes se achavam egualmente tumefeitas e abrindo-se a bocca ao doente notava-se que a sua saliencia, normalmente manifesta de cada lado da lingua, sobre o plano buccal, estava muito exaggerada, representando a sua espessura a do pequeno dedo.

Apalpadas, entre o indicador introduzido na bocca e o polex applicado sobre a região super-hyoidiana, na parte media, se percebia ao menos, tres vezes mais volumosas que no estado normal. O orificio do canal de Stenon nada tinha de particular, bem como o canal de Warton.

Eram normaes a quantidade e qualidade da secrecção salivar. As glandulas lacrymaes não pareciam tumefeitas.

Fez-se o exame do sangue que deu este resultado:

Globulos vermelhos. . . .	5.400.000
» brancos.	8.000
Mononucleares.	17
Polynucleares	62,0
Eosinophylos	0,5

Eram normaes as urinas.

Vê-se portanto, pelo que deixamos exposto, o

traço de união entre o syndromo da forma normal da molestia de Mikulicz e suas variedades incompletas.

Lembraremos agora casos que começando pela forma salivar ou forma lacrymal, se vão completar no fim de dois annos mais ou menos.

Comecemos por uma observação de Tietze em 1896 (Contribution á l'etude des affections symetriques des glandes lacrymales et salivaires):

Um doente de 33 annos de edade, que a dez annos notou formar-se lentamente, uma tumefacção bilateral na região sub-maxillar.

Quatro annos depois, percebeu um entumescimento do terço externo das duas palpebras que augmentou insensivelmente, terminando por incommodal-o no afastamento das pregas musculo-membranosas da região; razão pela qual foi o doente admittido na clinica do professor Mikulicz.

Pelo exame objectivo notou-se que a metade externa das duas palpebras era séde de dois tumores, um de cada lado respectivamente, mais ou menos diffusos, se prolongando para a cavidade orbitaria. As glandulas salivares todas estavam notavelmente tumefeitas, pricipalmente as sub-maxillares que attingiam o volume de uma castanha.

Na cavidade buccal encontrava-se, dos dois lados, para traz do palatino, perto do rebordo alveolar, um pequeno tumor coberto de mucosa normal.

Um exame minucioso de todos os orgãos permittiu affirmar-se não se tratar de syphilis, nem de tuberculose, nem de leucemia.

Satisfazendo-se ao desejo do doente fez-se a extirpação dos dois tumores palpebraes.

No exame hystologico o auctor não encontrou traço de glandula lacrymal: todo o tumor, ao contrario, era formado por tecido lymphatico contendo nas partes periphericas, folliculos lymphaticos typicos.

Acrescentamos ainda que M. Tietze observou a presença de um grande numero de cellulas gigantes. Estas não apresentavam os caracteres que offerecem na tuberculose, tinham poucos nucleos e as vezes só apresentavam um.

O auctor pensa que as glandulas lacrymaes contêm normalmente tecido lymphatico (o que foi provado por M. Heidenhein) e é de notar que em todos os casos de que falamos e que são observados por elle ou auctores outros, vê-se uma proliferação deste tecido lymphatico seguido do desapparecimento mais ou menos completo do tecido glandular normal.

Tietze compara a molestia descripta por Mikulicz á hypertrophia amygdaliana e as vegetações adenoides do pharynge, adoptando a maneira de ver deste cyrurgião que, como já vimos, é levado a explicar estas tumefações por processos infecciosos de evolução muito lenta.

Custler assignalou o seguinte em 1904, um caso analogo:

«La malade semble avoir une tuméfaction de ses glandes lacrymales, posterieure a celle des glandes salivaires, mais comme l'intervalle indiqué par la patiente est assez court, il serait difficile d'affirmer

que ces constatations subjectives correspondent a lá realité des faits».

Não é, porém, esta observação tão authentica, tão convincente como a seguinte de Jong e Joseph. Estes auctores fizeram duas communicações em 1908— em Janeiro uma e a outra em Dezembro.

Eis a observação completa e reputada de grande valor e por isso damol-a aqui com todas as minucias:

Era um doente de nome Emile .L... de 15 annos de edade que foi se consultar na clinica ophtalmologica do Hospital Geral, ha seis semanas.

Sua historia, um pouco atrapalhada, é difficil de ser reconstituida; parece, porém, que a affecção ocular e as lesões parotidianas que elle apresentava estavam desenvolvidas insidiosamente desde o mez de Abril de 1907.

Até esta data em que se apresentou vivia elle, desde cinco annos, entre camponios, em uma aldeia, tratado mal e mal nutrido, quando foi por sua mãe retirado dalli e enviado á Paris.

Seus antecedentes hereditarios são os menos garantidores a uma vida sã e forte.

Seu pae succumbira de tuberculose pulmonar, e foi, no dizer de sua irmã mais velha, uma alcoolata inveterado.

Sua mãe teve vinte e um filhos e dois movitos; destes vinte e um quinze estão mortos, em differentes edades, entre dezoito mezes e cinco annos; não se podendo, portanto, colher, por absoluta impossibilidade, esclarecimentos precisos neste sentido.

No doente, desde que se o examina, dois factos prendem logo a attenção do observador: seu infantilismo e sua tumefação parotidiana, sendo esta bastante accusada.

A vista é logo ferida pelo enlarguecimento dos angulos da mandibula, e pela palpação vê-se que se tráta de um tumor indolente, uniformemente duro e lobulado, sem pontos amollecidos, collado contra o maxillar inferior e seu ramo montante, o que não pode ser senão a glandula parotida.

Para a esquerda, ha, da mesma forma, um lobulo aberrante, anterior, muito visivel. As glandulas submaxillares são do volume de uma pequena noz e claramente endurecidas.

As glandulas sub-linguaes fazem saliencia sobre o plano da bocca.

Tentou-se obter um pouco do liquido parotidiano pela technica de Sicard para um estudo cytologico, nada porém, se escuou pela pequena sonda.

O desenvolvimento da hypèrtrophia parotidiana parece se ligar sem nenhum accidente agudo, ás lesões oculares que se manifestam principalmente a esquerda.

O doente não apresenta tumefacção das palpebras nem deformação na fenda das mesmas.

A apalpação das fossetas lacrymaes nada deixa perceber, não se achando hypertrophiadas as glandulas lacrymaes.

A conjunctiva apresenta uma ligeira injecção principalmente perikeratica. As corneas estão se-

meadas de capacidades intersticiaes; ha ainda alguns depositos de Keratite ponctuada posterior.

Os iris são descorados, as pupillas irregularmente dilatadas pela atropina com deformações polycyclicas devidas a synechias posteriores. Sobre cada iris encontra-se pequenas formações sesseis, actualmente em regressão, devido, evidentemente, a *gosmas* irianas, de natureza impossivel de caracterisar segundo o aspecto exterior. O vitreo muito turvo, o fundo do olho inexploravel, a visão pessima, nenhuma reacção viva.

Sem serem estas lezões fundamentaes, outras não são encontradas claramente em nenhuma outra glandula. Ha uma certa hypertrophia do corpo thyroïde talvez indurecida. O doente não apresenta signal algum de myxedema nem mesmo de dysthyroïdia.

O rosto pallido e um pouco tumido, como que inchado; a pelle, porém, flexivel em todas as regiões; as mãos e os pés parecem normaes.

Normal o desenvolvimento dos cabellos, dos supercilios e das unhas.

Não apresenta cyanose nem hemicrania. A lingua de cor e volume normaes. Não se apresenta um só ponto dolorido no esqueleto. Não ha scoliose nem traço de rachitismo.

Os dentes normaes.

Sendo de quinze annos de edade, parece, no entanto, ter dez; um verdadeiro infantilisado. Estatura de um metro e trinta e dois centrimetros. Peso

de trinta e um kilogrammos e mais trezentas grammas. Sua propria familia se admira do facto.

A cabeça um pouco crescida; o thorax quadrado, o ventre proeminente. O penis muito pequeno, os testiculos não estão nas bolsas, estão detidos no annel e são mui pequenos.

Não ha o menor desenvolvimento de pellos no pubis nem na axilla. É difficil, sendo dado o meio no qual viveu, avaliar de seu infantilismo psychico.

Mal responde as perguntas, e dos factos mais simples, e mais recentes, não se lembra.

Nenhuma perturbação apresenta para o lado do systema nervoso.

Pela auscultação nenhum signal apresenta que se suspeitasse de tuberculose pulmonar. Respiração um pouco rude por toda parte.

Atraz, um ponto na região interscapular, principalmente a direita, chama a attenção, por uma zona de sub-matidez com sopro bronchico aos dois tempos, mas não ha signal algum funccional de compressão ganglionar mediastinal e a radiographia nada fornece de preciso.

O coração é hypertrophiado, ou antes, é relativamente mais desenvolvido que o thorax, como bem se percebe na radiograghia. Aponta bate no sexto espaço; o pulso conta 88. Não ha dyspnéa de esforço.

O baço se patenteia á percussão, não havendo, porém, nenhuma parte de adenopathia. As amygdalas

não são hypertrophiadas. A formula sanguinea é normal, com ligeira anemia:

Globulos vermelhos. . . .	4.080 000
» brancos.	6.000
Hemoglobina	70 °/₀
Leucocytos polynucleares neutrophilos	63
Eosinophilos	1
Leucocytos mononucleares grandes e medio. . . .	27
Lymphocytos	9

Urinas normaes, sem albumina nem assucar.

O figado não augmentado.

Os auctores acrescentam:

« Les lesions oculaires si importantes que présente le petit malade semblant avoir évolué si nettement en même temps que les lesions salivaires que nous croyons en droit de les rattacher les unes aux autres, d'autant que les oculistes n'ont pu se prononcer sur la nature de ces lésions oculaires en l'absence de tout stigmate d'hérédre-syphilis et que dans l'observation de Cutler il existait une iritis nodulaire analogue á celle que présente notre petit malade ».

As probalidades, com effeito, estavam fundadas: 11 mezes mais tarde esses auctores faziam uma segunda communicação á Sociedade medica dos Hospitaes, onde se referiam que seu doente apresentava uma hypertrophia com endurecimento esclerotico das glandulas lacrymaes dos dois lados.

Nem o tratamento tyroïdiano, nem o especifico, tinham impedido esta evolução e o estado geral não manifestava cura modificada.

A evolução destas formas anormaes é como a das formas completas, isto é, de uma chronicidade desesperadora, mas tambem, de uma benignidade toda particular. É só sob a influencia de um tratamento apropriado que esses tumores retrocedem e desapparecem, na condicção que o tratamento se prolongue por muito tempo.

São portanto bem typicos os tres casos que referimos em ultimo logar, constituindo uma classe particular que têm no começo o aspecto de uma forma salivar tornando-se depois uma forma completa.

Por sua vez, como já vimos, esta forma, quasi sempre, começa pelas glandulas lacrymaes affectando então a forma lacrymal pura.

É pois innegavel que não se peque, as vezes, descrevendo formas incompletas deste syndromo tão pouco caracterisado pela textura histologica das glandulas hypertrophiadas e unicamente impressas no facies do doente por defformações que elle crêa.

Comprehende-se, pois, as difficuldades que podem se apresentar ao se firmar o diagnostico quando se trata de uma dessas formas ou de uma forma completa em começo.

Sobre este assumto trataremos no capitulo que se segue.

CAPITULO III

Diagnostico, prognostico e tratamento

E' sobre a seguinte triade symptomatica que se baseia o diagnostico da molestia de Mikulicz:

- tumefacção symetrica das glandulas lacrymaes e salivares;
- benignidade de sua evolução;
- integridade da formula sanguinea e dos ganglios.

Estes tres symptomas principaes, reunidamente, constituem elemento essencial para a affirmativa desta affecção.

Não quer dizer que não se encontre tumefacção de uma só das glandulas lacrymaes, das glandulas parotidas e sub-maxillares, isoladamente. Encontra-se, e é quando o observador trepida para firmeza do diagnostico.

Emquanto na sua forma normal, no periodo de estado da molestia, para o que basta lembrar-se do facies do doente para se ter logo em memoria a verdadeira causa da affecção, emquanto nesta forma,

de evolução completa portanto, por aquelles tres signaes caracteristicos, o diagnostico é de grande facilidade, nas suas formas anormaes, até na propria normal em começo, elle se torna, ás vezes, bem difficil.

E é destas formas ultimas que despretenciosos pretendemos aqui nos occupar, apoiados em observações de auctores que em tão bôa hora compulsamos.

Confuso é, na verdade, o diagnostico de qualquer destas formas com o da lymphadenia leucemica ou aleucemica.

Pode-se encontrar perfeitamente, um augmento de volume das glandulas lacrymaes e salivares, simulando a molestia de Mikulicz.

Não é pequeno o numero de casos. Muitos existem, e o Dr. Saussol nos fornece varios typos de lymphadenia leucemica.

Cita casos observados por Leber, de Zim, Gallasch que tratava de um menino de quatro annos e meio apresentando tumefacção das glandulas parotidas, lacrymaes, sublinguaes e dos glanglios lymphaticos em varias regiões. O numero dos globulos brancos estava augmentado e existia na pelle da face e na conjunctiva ocular, manchas echymoticas.

Um elemento de valor, nos lembra elle, para o diagnostico differencial entre uma e outra affecção, é a pesquiza dos ganglios no nivel do pescoço, na axilla, na região inguinal, o que não se verifica absolutamente, em se tratando da molestia de Mikulicz.

Ainda pelo exame do sangue, ainda pelo exame das regiões paratodianas que, em casos de lymphadenia leucemica, se mostram cercadas de ganglios, temos elementos de differenciação.

Em casos de lymphadenia aleucemica ou adenia de Trousseau, ou molestia de Hodgkin, ainda pseudo-leucemia, não se tem como elemento de diagnostico o exame do sangue, por não haver aqui modificação na forma leucocytaria; e está-se deante de um caso que apresenta feixes ganglionares nas regiões parotidianas e sub-maxillares, uma hypertrophia do tecido lymphoide nas glandulas lacrymaes, approximando-se perfeitamente do typo-syndromo de Mikulicz.

Damos á seguir uma observação de Hœckel que bem merece ser citada:

Era um homem moço ainda e no qual se desenvolveu, quatro mezes após uma contusão da região lombar e da columna vertebral, um entumescimento symetrico das glandulas lacrymaes, parotidas e sub-maxillares, sem que, concumitantemente, houvesse uma qualquer alteração do sangue.

Durante uma enterite intercurrente as tumefações diminuiram notavelmente de volume; reincidiram com a cura da affecção intestinal, e agora se associando á infiltrações cutaneas, circumscriptas, como se observa na pseudo-leucemia.

Sendo novamente accomettido de enterite, com febre alta, outra vez as hypertrophias glandulares diminuiram, até a morte do doente, quatro mezes

após a affecção. Autopsiado, encontrou-se, além da hypertrophia das glandulas lacrymaes e salivares, notavel augmento do baço, echymoses em diversos orgãos e ulcerações multiplas no grosso intestino.

Os casos todos que se terminam pela morte tem sido em geral, de uma evolução rapida, e durante a qual muito soffre o pobre doente. Como vemos, trata-se aqui de uma affecção maligna.

Emtanto, a molestia de Mikulicz, inda uma vez o dizemos, é essencialmente benigna; não trazendo ao doente diminuição alguma de suas forças, podendo se entregar aos misteres de sua profissão.

Ha vezes em que tendo-se firmado o diagnostico da molestia, a sua evolução vem destruil-o por completo.

Prova-nos isto um caso de Maxcusse, apresentado em 1904, á Sociedade de Medicina de Berlim. Era um doente por elle diagnosticado de molestia Mikulicz; em 1907, tres annos, portanto, mais tarde, notou que seu doente se tornara um pseudo-leucemico, accusando uma adenite dos ganglios superclaviculares e tracheo-bronchicos do lado esquerdo.

Embora fosse o doente de Maxcusse considerado uma excepção, admittindo-se ter tido a pseudo-leucemia começo no tecido lymphoide das glandulas lacrymaes e salivares, ou ainda, se juxtapondo esta pseudo-leucemia á molestia de Mikulicz, o facto é que a evolução da molestia veio desfazer do diagnostico já firmado.

O criterio clinico se impõe portanto, reclamando

além de exame minucioso, reserva de conclusões, para se poder com firmeza, chegar a um diagnostico verdadeiro.

O lympho-sarcoma é uma outra affecção que para o observador incauto e precipitado, poderia se confundir com a molestia de Mikulicz. Facilimo porém, é o seu diagnostico, não podendo com ella, se confundir.

O' começo do lympho-sarcoma se faz em um só ganglio que augmenta rapidamente, adherindo aos orgãos visinhos e chegando á formar tumor mais ou menos endurecido, mal limitado, vindo a se ulcerar dentro de pouco tempo.

Facil é pois o meio de destinguil-as.

É nas formas incompletas da molestia de Mikulicz onde se encontra frequente a confusão.

Na sua forma salivar, por exemplo. Sabemos como são frequentes as inflammações e tumefacções chronicas destas glandulas.

Não falaremos das parotidites infecciosas que são agudas e se acompanham de febre calor e dores localisadas; signaes estes que nos conduzem facilmente ao seu diagnostico.

Insistiremos porem, sobre as affecções chronicas de que são séde estas glandulas.

A parotidite tuberculosa por exemplo, principalmente em sua variedade diffusa e quando dupla, poderia com a molestia de Mikulicz algo se confundir. Com effeito ella apresenta um entumescimento geral, mal limitado, de dura consistencia na maioria das

vezes e somente mais tarde revelando pontos amollecidos. A pelle distendida é edemaciada e vermelha. É pela unilateralidade das lesões, pelo aspecto dos tegumentos, concumitancia das lesões pulmonares tuberculosas, que se faz o diagnostico.

Não falaremos de parotidites tuberculosas, de focos circumscriptos se apresentando sob o aspecto de um tumor unico, arredondado e fluctuante, tendo todos os caracteres de um abcesso frio.

A parotidite chronica, muco-purulenta, se caracterisa pelo facto de fazer abrolhar á bocca, quando se a calca, um jacto mucoso-purulento. Diz Renonchamps—(semaine medicale n.º 5—1906) que para se obter este elemento differencial, basta sobre a parotida se exercer uma certa pressão, e logo afflúe á bocca aquelle múco-pús caracteristico.

A syphilis, raramente symetrica nas glandulas salivares, se manifesta quer por sua forma precoce, quer pela terciaria.

Na primeira, uma tumefação da parotida se produz, de consistencia forte e lobulada; a pelle, distendida se avermelha em sua superficie com manifestações de edema, e os ganglios pre-auriculares se engurgitam. Symptomas estes não encontrados na molestia de Mikulicz.

Na segunda forma, a terciaria, manifestações se encontram sob a forma de gommas, facilmente reconheciveis pelo seu aspecto caracteristico.

Como se vê só descuidadamente se poderia con-

fundir as affecções supra citadas com a molestia de Mikulicz.

Bem verdade que ha casos de verdadeiro embaraço clinico, não se podendo ás vezes, ou muito difficilmente se podendo affirmar da veracidade da forma salivar da molestia de Mikulicz.

Para a forma lacrymal casos surgem de dacryoadenites, os quaes puderiam ser apontados como elemento de confusão. Dependerá, tambem do criterio clinico.

A forma lacrymal, por exemplo, não se confundirá com uma dacryoadenite dupla aguda como se verá.

Por Galezowski (Inflammation des deux glandes lacrymales, Recueil d'ophtalmologie. Juillet 1886) foi observado em uma mulher de quarenta annos, uma inflammação aguda das duas glandulas lacrymaes, acompanhada porem de entumescimento dos ganglios pre-auriculares e das glandulas sub-maxillares.

Scheffels (trab. Dr. Saussol) assignalou um caso de dacryoadenite dupla apyretica e não purulenta, com tumefação dos ganglios e das glandulas sub-maxillares, adenopathias cervicaes e inguinaes e hypertrophia do baço.

Se excluirmos a symetria destas lesões, estes casos nada tem de commum com a molestia Mikulicz que é essencialmente chronica, não se acompanhando de nenhum phenomeno inflammatorio, nem adenopathia; emquanto que, nos casos citados, a phlegmasia é um dos symptomas principaes.

Bem verdade que, em muitas vezes, só por exclusão poderemos chegar ao diagnostico da molestia que nos occupa, muito especialmente na sua forma salivar.

Si ha casos em que o diagnostico logo se impõe, os ha tambem em que só a evolução guiará o clinico, e occasiões em que só a biopsia poderá resolver a difficuldade.

Prognostico

É uma affecção de prognostico benigno a molestia de Mikulicz.

Os tumores que lhe caracterisam, desenvolvidos que sejam, ficam estacionarios ou então regridem após augmentados de volume.

Já é precisamente um caracter da molestia, esta benignidade de sua evolução.

Os doentes recorrem ao medico unicamente pela defformidade de que estão possuidos; ás vezes tambem, devido ao incommodo que lhes causa, na deglutição, a hypertrophia das parotidas. Por outro lado, é a diminuição da fenda palpebral que os leva á um oculista, á se consultarem.

Tumores metastaticos nunca foram observados, deixando, portanto, de se tratar aqui de algum tumor de caracter maligno.

Casos de morte tem-se observado, não se tratando verdadeiramente de uma molestia de Mikulicz, mas, de uma lymphadenia intercurrente.

Tal é o caso de Maxcusse que tivemos occasião de citar em folhas anteriores.

Ou bem a morte resulta de uma molestia intercurrente, ou o doente é levado ao suicidio por uma depressão moral, trazida pela defformidade de seu rosto.

É vexatoria pois, pela anormalidade que traz á phisionomia, aos actos mechanicos da mastigação e deglutição, o que nem sempre se dá, mas, não é uma affecção grave, é antes, uma molestia humanitaria.

Tratamento

Dois são os tratamentos indicados para a molestia de Mikulicz: o tratamento medico e o cirurgico.

Deve-se lançar mão sempre do primeiro para qualquer caso, e só por sua inactividade deve-se recorrer ao tratamento cyrurgico.

Consiste o tratamento medico no emprego do arsenico em altas doses, aconselhado pelos professores Fuchs e Cutler; o professor Haltenhoff já opina pelo xarope de iodureto de ferro; podendo-se empregar o iodureto de potassio em certos casos, sendo muitas vezes de falhos resultados.

O Dr. Ranzi apologista da radiotherapia, a aconselha dizendo ser um tratamento susceptivel de trazer uma cura completa quando nenhum outro tratamento interno tem exercido influencia sobre a evolução da molestia.

Em um seu doente diz elle: «il a suffi de dix

séance de radiothérapie de sept minutes de durée chacune pour faire entièrement disparaître les tumeurs localisées à la parotide». Tratamento que diz trazer duraveis resultados em alguns casos, embora em outros, os tumores reincidam voltando ao seu estado primitivo, sendo preciso fazer-se novas applicações radiotherapicas.

Quando, porem, fallecem todos os meios therapeuticos indicados, então lança-se mão do tratamento cyrurgico, procedendo-se a ablação das glandulas hypertrophiadas.

Não temos a intenção de descrever aqui a techinica operatoria desta intervenção.

Lembramos somente, por assim nos parecer, que a ablação das duas sub-maxillares é relativamente facil e pouco perigosa, notando-se que na maioria das vezes, o pediculo facial passa na superficie e não na profundeza da glandula.

Torna-se facil então isolal-o, não seccionando-o.

Ao contrario, porem, se daria com a operação das parotidas; temivel seria esta operação pela ligadura necessaria das duas carotidas externas e lesões mais ou menos provaveis dos dois nervos faciaes. Aqui, no caso das parotidas, seria melhor, embora com todas as reincidencias, e na certeza de evitar-se maior mal pela intenção da cura, insistir no tratamento pelos raios de Rœntgen.

O radio poderia aqui prestar os seus effeitos beneficos; não conhecemos porem, nos auctores que compulsamos, caso algum que lhe deva tributo.

Apenas, em se tratando deste corpo, lemos, muito resumidamente, que após a ablação cyrurgica se deverá depositar na ferida operatoria um tubo de radio com o fim de destruir tudo que poderia restar do tecido glandular.

*

Passemos agora a ablação das glandulas lacrymaes que mais nos interessam; era o nosso intento somente dellas nos occuparmos ligadas a molestia de Mikulicz, quando fomos presos do assumpto em geral que achamos demasiado interessante.

Emfim a ablação das glandulas lacrymaes offerece pouca difficuldade e deve ser feita.

Poderiamos divagar um pouco pela sua anatomia e physiologia, descrevendo-as em suas partes e funcções, que não crêam obstaculos na grande possibilidade de sua extracção, desde que não se tenha encontrado na therapeutica meio capaz de attenuando a sua hypertrophia, fazel-a desaparecer por completo e sem reincidencia.

Lembramos de passagem, ser a glandula lacrymal encerrada em uma loja fibrosa especial, o que permitte na sua extirpação sem penetração da loja posterior da orbita.

Foi P. Bernard quem primeiro, em 1847, praticou esta operação.

Para ella conhecemos dois processos operatorios applicaveis: o de Velpeau e o de Tillaux.

No primeiro, divide-se a commissura externa das

palpebras, prolongando-se a incisão para a tempora.

Afastadas as bordas da ferida procede-se a enucleação da glandula, depois do que reune-se-as por meio de uma sutura.

Methodo que só é applicavel aos tumores volumosos segundo Galezowski.

O processo de Tillaux consiste em praticar-se na base da orbita, no nivel da cauda do supercilio, uma incisão parallela ao rebordo da orbita, interessando todas as partes molles, comprehendido o periosteo que será descollado de maneira a abrir a orbita.

Encontra-se a folha delgada e transparente do periosteo, atravez do qual se vê as granulações da glandula. Feito isto, extirpa-se facilmente a glandula; evitando-se a penetração da loja posterior da orbita, o que aconteceria com o primeiro processo.

Opinamos (em caso de ser precisa a extirpação da glandula) pelo segundo processo, não só pela razão apresentada pelo professor Tillaux de se evitar a penetração da loja posterior da orbita, ainda porque, fazendo-se a incisão no nivel da cauda do supercilio, tem-se procurado evitar uma cicatriz visivel mais tarde.

Os resultados são os melhores possiveis após o tratamento cyrurgico, pois os tumores não reincidirão e o doente sentir-se-á por toda a vida delles desembaraçado.

O Dr. Saussol, em caso de operação, encara o perigo do chloroformio e as cicatrizes desfeiando a

face, tornando-se então apologista do tratamento radiotherapico para todos os casos da molestia de Mikulicz

Achamos, porem, que no caso das glandulas lacrymaes a cyrurgia, após tentada a therapeutica, deve ser empregada, attendendo-se a todos os cuidados já indicados.

CONCLUSÃO

Pensamos com o Dr. Saussol e o fizemos no decorrer do nosso modestissimo trabalho: descrevermos ao lado do symdromo completo de Mikulicz (tumefação symetrica das glandulas lacrymaes e salivares) as suas formas incompletas; destínguindo uma variedade lacrymal e outra salivar.

A primeira se caracterisando por uma tumefacção chronica das glandulas lacrymaes, já descriptas de algum tempo em tratados de ophtalmologia, embora sem causa verdadeiramente conhecida, e a segunda, a variedade salivar, que se caracterisa por uma hypertrophia de todas as glandulas salivares sem comprehensão das lacrymaes.

O Dr. Saussol é de opinião ainda que se poderia crêar uma terceira forma desta affecção, variedade intermediaria, entre a forma completa e as duas anormaes descriptas.

Elle quer se referir á aquellas que permanecendo um, dois annos e mais, forma lacrymal ou salivar, tornam-se de repente syndromo completo da molestia.

Ainda com elle pensamos ser preciso separar-se por completo a molestia de Mikulicz da lymphadenia leucemica ou aleucemica, affecção grave que se caracterisa por uma hypertrophia ganglionar generalisada, com modificação sanguinea, o que não é absolutamente observado naquella de que nos occupamos.

Proposições

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO DE SCIENCIAS MEDICAS E CIRURGICAS

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—A glandula lacrymal é um orgão par, symetrico, situado na parte supero-externa da orbita.

II—É dividida em duas porções, uma superior, mais volumosa, a outra inferior, menor, chamada glandula lacrymal accessoria.

III—A primeira porção está situada numa fosseta que lhe é propria na lamina orbitaria do osso frontal, a segunda, está collocada na conjunctiva do fornix.

ANATOMIA MEDICO—CIRURGICA

I—O apparelho lacrymal comprehende orgãos secretores e excretores.

II—Secretores são as glandulas e excretores as vias lacrymaes.

III—São séde de lesões que reclamam intenverção cyrurgica.

HISTOLOGIA

I—Os globulos brancos no sangue normal são em menor numero que os vermelhos.

II—A sua proporção é de 1 para 640 dos segundos.

III—Não é só no sangue que se encontra os globulos brancos.

PHYSIOLOGIA

I—A glandula lacrymal que pertence a classe das glandulas em cacho, é destinada a secrecção das lagrimas.

II—O papel das lagrimas é lubrificar o globo occular.

III—A quantidade secretada é a sufficiente no estado normal, augmentando, porém, por uma excitação physica ou psychica.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I—O Jaborandy é um arbusto da familia Rutaceas.

II—Produz muito no Brazil.

III—O infuso de suas folhas é empregado nas irites especificas.

CHIMICA MEDICA

I—O Sulfato de Zinco é um corpo branco, bem soluvel n'agua e insoluvel no alcool.

II—$Zn\ So^4 + 7\ H^2O$ é a sua formula.

III—De grande emprego na ophtalmologia por sua acção adstrictora.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I—Collyrios são formas pharmaceuticas empregadas na therapeutica occular.

II—Elles são seccos, liquidos e gazozos.

III—Os liquidos são os mais empregados.

BACTERIOLOGIA

I—O gonococus de Neisser se apresenta no pús sob o aspecto de micrococcus.

II—É o unico responsavel pelas ophtalmias blenorreicas.

III—Bastante contagioso.

PATHOLOGIA MEDICA

I—No mal de Bright duas perturbações urinarias são notadas.

II—Distinctas e differentes entre si: a polyuria e a pollakiuria.

III—A primeira é uma perturbação de secrecção a segunda é uma perturbação de excrecção.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I—Hemostasia—é uma operação que se pratica para suspensão de uma hemorrhagia.

II—Ella pode ser preventiva, provisoria ou definitiva.

III—Pode ser praticada de varias maneiras.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I—A cirrhose hepatica é assignalada anatomicamente por uma nova formação de tecido conjunctivo desenvolvido as custas da trama cellulo-vascular do orgão.

II—Nota-se que na cirrhose de Laënnec o peso e volume do figado são bem diminuidos.

III—Tumores nodulares se desenvolvem em certso

figados cirrhoticos, recebem o nome de adenomas do figado.

OBSTETRICIA

I—A supressão das regras nem sempre indica ter se dado a concepção.

II—Somente pelos signaes recolhidos no exame deve se guiar o parteiro.

III—São signaes certos de gravidez: movimentos activos do féto, baloiço abdominal ou vaginal e os battementos do caração fétal.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I—A expulsão dos annexos do féto é o que se chama delivramento.

II—Pode ser natural ou artificial.

III—O natural pode ser expontaneo ou facilitado.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—Uma das causas mais frequentes da cegueira dos recem-natos é a ophtalmia purulenta.

II—Inconteste é a sua contagiosidade.

III—O nitrato de prata é um valioso recurso no seu tratamento.

THERAPEUTICA

I—O ferro é o melhor reconstituinte do sangue.

II—Os seus preparados geralmente são constipantes.

III—Muito empregado nas affecções do systema lymphatico.

CLINICA CIRURGICA (2.ª cadeira)

I—A anesthesia tem grande emprego na cyrurgia.

II—Pode ser geral ou local.

III—Geralmente na 1.ª emprega-se o chloroformio.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I—Varis é uma inflammação chronica das veias.

II—Muito frequente nos andarilhos, mulheres gravidas, etc.

III—Seu prognostico pode ou não ser grave.

CLINICA PROPEDEUTICA

I—Auscultação é um methodo propedeutico indispensavel.

II—Se divide em mediata e immediata.

III—A geralmente empregada é a primeira.

CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

I—No doente suspeito de paludismo é indispensavel o exame do sangue.

II—E sendo deve-se encontrar nelle o hematozoario de Laveran ou o pigmento melanico.

III—E o quinino é medicação que não falha.

CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

I—A hemialgia, ou hemicrania, se caracterisa por uma cephaléa.

II—Que geralmente é unilateral.

III—Se acompanha de perturbações varias sensoriaes ou motoras.

CLINICA SYPHILIGRAPHICA E DERMATOLOGICA

I—Chama-se zona, herpeszoster, a uma affecção cutanea de origem nervosa.

II—É unilateral de ordinario.

III—Geralmente o doente tem febre, dor, e perturbações outras.

CLINICA CIRURGICA (1.ª cadeira)

I—A operação do entropion faz-se de muitos modos.

II—O processo mais simples é o de Snellen.

III—Que tem a grande vantagem de esconder bem a cicatriz operatoria.

CLINICA PEDIATRICA

I—O rachytismo é muito commum nas creanças.

II—O seu começo geralmente se dá no periodo da dentição.

III—O seu tratamento está na nutrição dos ossos pelo phosphato de calcio e na do estado geral.

HYGIENE

I—Perante a hygiene é a agua de uma importancia consideravel.

II—Quer a de bôa, quer a de má qualidade.

III—Se garantem a vida as aguas puras e as medicinaes, as infectadas garantem a morte.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGICA

I—O hymen é um prolongamento da mucosa vaginal.

II—Nem sempre caracterisa virgindade.

III—Tem forma e resistencia variaveis.

CLINICA PSYCHIATRICA E MOLESTIAS NERVOSAS

I—O beriberi é uma polynevrite peripherica.

II—São tres as suas formas: secca ou paralytica, humida ou edematosa e a mixta.

III—Em qualquer dos casos é abulido o reflexo patellar.

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1911.

Menandro dos Reis Meirelles

Secretario.